

総括表

身体障害者診断書・意見書(心臓機能障害18歳未満用)

氏 名	年 月 日生	男 ・ 女
住 所		
① 障害名(部位を明記) 心臓機能障害		
② 原因となった 疾病・外傷名		
交通、労災、その他の事故、戦傷、戦災、 自然災害、疾病、先天性、その他()		
③ 疾病・外傷発生年月日		
年 月 日・場所		
④ 参考となる臨床経過・身体所見・検査所見(エックス線写真を含む)		
障害固定又は障害確定(推定)		
年 月 日		
⑤ 総合所見		
〔将来再認定〕		
<input type="checkbox"/> 軽快・改善による再認定を要する 再認定の時期 年 月		
<input type="checkbox"/> 再認定は不要		
⑥ その他参考となる合併症状		
上記のとおり診断する。併せて以下の意見を付す。		
年 月 日		
診療担当科名 科 15条指定医師氏名 (署名または記名押印)		
病院又は診療所の名称		
所 在 地 〒		
電 話 番 号		
身体障害者福祉法第15条第3項の意見〔障害程度等級についても参考意見を記入〕		
障害の程度は、_____級相当に_____ (身体障害者福祉法別表に掲げる障害に) 該当する。		
注意 1 原因となった疾病・外傷名欄には、狭心症、心筋梗塞、大動脈弁閉鎖不全症等原因となった疾患名を記入してください。		
2 治療又は手術後の症状が安定した状態で記入してください。		
3 障害区分や等級決定のため、内容についてお問い合わせする場合があります。		

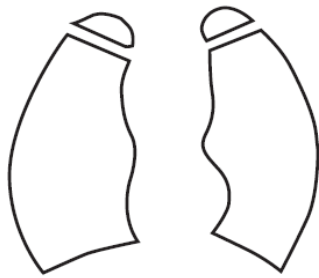
(該当するものを○で囲むこと)

1 臨床所見 (年 月 日)

- | | |
|-------------------|---------------|
| ア 著しい発育障害 (有・無) | オ チアノーゼ (有・無) |
| イ 心音・心雑音の異常 (有・無) | カ 肝腫大 (有・無) |
| ウ 多呼吸又は呼吸困難 (有・無) | キ 浮腫 (有・無) |
| エ 運動制限 (有・無) | |

2 検査所見

(1) 胸部エックス線所見 (年 月 日)



心 胸 比
() %

- | |
|-------------------|
| ア 心胸比0.56以上 (有・無) |
| イ 肺血流量増又は減 (有・無) |
| ウ 肺静脈うっ血像 (有・無) |

(2) 心電図所見 (年 月 日)

- | |
|-------------------------|
| ア 心室負荷像 (有<右室、左室、両室>・無) |
| イ 心房負荷像 (有<右房、左房、両房>・無) |
| ウ 病的な不整脈 [種類] (有・無) |
| エ 心筋障害像 [所見] (有・無) |

(3) 心エコー図、冠動脈造影所見 (年 月 日)

- | |
|--------------------|
| ア 冠動脈の狭窄又は閉塞 (有・無) |
| イ 冠動脈瘤又は拡張 (有・無) |
| ウ その他 () |

3 養護の区分

- 6か月～1年ごとの観察(非該当)
- 1か月～3か月ごとの観察(4級相当)
- 症状に応じて要医療(4級相当)
- 継続的要医療(3級相当)
- 重い心不全、低酸素血症、アダムスストークス発作又は狭心症発作で継続的治療を要するもの(1級相当)